



Cultiver sa réputation : L'image des médecins au Proche-Orient à l'ère des Réformes ottomanes (XIXe - début XXe siècle)

Philippe Bourmaud

► To cite this version:

Philippe Bourmaud. Cultiver sa réputation : L'image des médecins au Proche-Orient à l'ère des Réformes ottomanes (XIXe - début XXe siècle). *Tempora. Annales d'histoire et d'archéologie*, 2007, 18, pp.197-213. halshs-00734927

HAL Id: halshs-00734927

<https://shs.hal.science/halshs-00734927>

Submitted on 11 Nov 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

CULTIVER SA RÉPUTATION L'IMAGE DES MÉDECINS AU PROCHE-ORIENT À L'ÈRE DES RÉFORMES OTTOMANES (XIX^e - DÉBUT XX^e SIÈCLE)

PHILIPPE BOURMAUD

L'image comme indice de la réputation

Au Proche-Orient autant qu'en Europe, les médecins du XIX^e siècle attachaient une grande importance à cultiver leur image, et rien ne le signale tant que les exceptions. En attestent les infortunes du Dr Marcel Drouillard, médecin en poste à l'hôpital français de Jérusalem en 1913, dont le consul général de France en cette ville affirme :

« Le Dr Drouillard est, pourtant, je le dis en toute sincérité, très fort comme médecin et comme chirurgien, très dévoué à ses malades et d'un désintéressement remarquable ; mais ici, où les hôpitaux sont si nombreux, où l'hôpital allemand s'est, depuis des années, assuré la vogue par son service de chirurgie, tandis que notre hôpital traversait une longue période de marasme avec un médecin trop souvent malade lui-même ou avec des intérimaires, un peu de *bluff* était nécessaire pour attirer l'attention et... les grands malades qui font la réputation d'un hôpital et de son médecin¹. »

Entre l'évaluation professionnelle du médecin par ses pairs, dont le consul se fait l'écho, et celle des patients, se manifeste une différence dans la construction du regard. Drouillard a beau être estimé de ses confrères ; faute d'intuition commerciale, dit le diplomate, le praticien n'a pas su donner à ses patients l'image d'un bon médecin, et demande sa mutation. L'idée de « bluff » trahit ce qu'il y a de visuel, de construit, et même de spectaculaire dans une bonne réputation professionnelle. Toutefois, la réflexion stratégique ne suffit pas toujours.

La notion de réputation présente un intérêt tout particulier là où la puissance collective d'un groupe professionnel est embryonnaire. Une telle situation se retrouve, pour la médecine, dans l'Empire ottoman à l'époque des réformes. D'un côté, on y observe un accroissement massif de la population médicale diplômée et la mise en place des cadres de la médecine comme profession au

¹ MAE Quai d'Orsay, Correspondance Politique et Consulaire, Nouvelle Série Turquie, 430, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 16/04/1913.

sens fort du terme : monopole légal sur le contrôle de l'exercice de la médecine, conditionnement de l'exercice de la médecine à une formation académique sanctionnée par un diplôme de type universitaire, autonomie judiciaire partielle et pouvoirs réglementaires impartis à des institutions de contrôle médical issues de la profession, multiplication des structures institutionnelles de la pratique médicale (services sanitaires gouvernementaux ou municipaux, dispensaires, hôpitaux, quarantaine). D'un autre côté, la préférence de nombreux patients à consulter les praticiens de la médecine arabe traditionnelle, plutôt que les médecins diplômés formés à l'occidentale, est l'objet des lamentations récurrentes de ces derniers. La réputation constitue alors non seulement un jugement informel, mais une évaluation à rebours des critères officiels de compétence.

Dans ce contexte, la réputation s'articule à la fois autour des dits, faits et gestes des médecins, et des systèmes médicaux auxquels souscrivent les praticiens. C'est à la fois un fait social au sens durkheimien du terme, irréductiblement collectif, et un fait culturel ; mais un objet qui pose de sérieux problèmes d'analyse, en raison de son caractère fluide et incertain. En effet, la réputation se présente de prime abord comme un jugement nourri par une accumulation d'expériences individuelles et de rumeurs, tirant sa force de sa nature collective et de la notoriété publique. Il n'est pas de sujet qui formule ce jugement, mais des relations de dépendance entre patients quant à l'information sur la réputation, qui tendent à informer leurs décisions. Dès lors, la réputation est un phénomène dynamique, et au Proche-Orient, c'est un lieu commun culturel que de supposer que la diffusion d'un jugement négatif est très rapide et très large. La contrainte que constitue la réputation est alors très étroite.

Si nous parlons de contrainte, c'est que les mécanismes affectant la réputation doivent pouvoir être prévus et, le cas échéant, obviés. La pratique de la médecine dans le Proche-Orient pose de ce point de vue un double problème. D'une part, la formation académique des médecins diplômés repose sur une asymétrie de savoirs entre praticiens et malades. La réputation, au sein de la patientèle, n'est alors liée que de façon très ténue à la compétence du professionnel telle que reconnue par ses pairs. D'autre part, la médecine officielle est la médecine occidentale : la différence culturelle s'installe entre médecin et patient, et, pouvant être source de malentendus, nécessite de la part des médecins un apprentissage des codes culturels des patients. Pour ces deux raisons, les patients sont essentiellement livrés à leurs perceptions – celles de leur mal, celles des soins qui leur sont dispensés, et celles des interactions avec leur médecin – dans la formation de leur jugement individuel. Collectivement, la réputation des médecins auprès des patients s'inscrit dans un système de normes et d'attentes distinct de celui qui prévaut entre professionnels. La mauvaise réputation est alors quelque chose qui se prévient, au moyen de règles comportementales, de mises en scène et de dispositifs : au médecin de donner à

observer une bonne conduite et à posséder le sens du « bluff » qui faisait défaut au Dr Drouillard.

C'est sur cette base qu'on peut concevoir des outils méthodologiques pour approcher la réputation professionnelle des médecins à une époque pour laquelle nous ne disposons d'aucun sondage ou outil statistique. En premier lieu, dans le Proche-Orient ottoman, il n'est pas rare de voir des profanes exprimer un jugement sur la valeur des médecins diplômés sous la forme de pétitions : ces dernières sont souvent téléguidées et nous renseignent davantage sur la moralité et les normes déontologiques attendues des praticiens que sur la réputation qui s'attache à eux². Plus près de notre préoccupation présente relative à la perception comme déterminant de la réputation, documents d'archives et photographies répondent eux aussi souvent à des finalités étrangères à notre propos – notamment, d'inciter des bienfaiteurs occidentaux potentiels à faire un don ; et cependant, on peut y cerner dans les dispositifs spatiaux, les agencements en fonction du statut et les poses comment un professionnalisme, des normes sociales et des codes culturels sont mis en scène. L'image et le perceptible traduisent alors la dimension collective et socialisée de la réputation. Rares, il est vrai, sont les illustrations de la réception des médecins diplômés et de leur pratique par leurs patients. Expliquer les mécanismes de mise en scène et les dispositifs dans lesquels la pratique médicale se donne à percevoir nous dit quelque chose du fonctionnement des réputations professionnelles, et c'est un bon moyen de remettre celles-ci dans leur contexte historique.

Pour comprendre les modes d'apparaître et les codes de conduite des médecins diplômés, il faut d'abord expliquer combien, à la fin de l'époque ottomane, leur formation professionnelle repose sur une socialisation autoritaire, laquelle tient au statut neuf et précaire de la médecine occidentale au Proche-Orient. Une telle socialisation est nécessaire pour l'exercice ultérieur du métier très codifié de médecin.

Instaurer un statut : l'incidence d'une socialisation académique

La remise des diplômes de docteur en médecine à la Faculté Française de Médecine de Beyrouth (ci-après FFM, aujourd'hui faculté de médecine de l'USJ), en novembre 1907, constitue une scène bien singulière (Illustration n° 1). On peut y lire à la fois le lien entre les institutions impériales et la validation académique des savoirs, et entre l'ordonnancement de l'institution de formation et l'apparence professionnelle ; et ces deux dimensions sont au cœur de la socialisation disciplinaire opérée par cette école de médecine.

² Sur cette question, nous nous permettons de renvoyer à notre thèse de doctorat : *Ya Doktor! Devenir médecin et exercer son art en « Terre sainte », une expérience du pluralisme médical dans l'Empire ottoman finissant (1871-1918)*, Thèse de Doctorat, Université d'Aix-Marseille 1, décembre 2007 ; notamment p. 411, pp. 485-486, p. 546, p. 575 & pp. 633-637.

Le premier rang est d'un intérêt tout particulier. Y sont assis, non les nouveaux diplômés bien sûr, mais le consul général de France au centre, le chancelier de la FFM dans son habit de père jésuite, trois médecins militaires en uniforme, composant la commission de l'Ecole Impériale de Médecine (EIM) d'Istanbul auprès du jury d'examen, et trois professeurs de médecine de l'Université française, en toge et bonnet réglementaires³. Chacun de ces segments représente une des parties à l'accord de 1898 par lequel l'Etat ottoman a reconnu la FFM. En délivrant conjointement les grades de docteur en médecine, ils font des diplômes que les étudiants tiennent en main des titres académiques et des permis d'exercer la médecine sur le territoire de l'Empire ottoman. L'ordre étatique est la condition de la reconnaissance de la science comme source d'autorité reconnue.

Il n'en va pas ici que du prestige du diplôme. L'État sultanien a opté, vers le milieu du XIX^e siècle, pour la reconnaissance de la médecine occidentale comme seule médecine officielle dans l'Empire, l'a imposée au programme des deux facultés, civile et militaire, de la capitale, et a imposé, par le Code médical ottoman de 1861, la possession d'un diplôme académique reconnu par l'EIM comme condition de la pratique médicale sur le territoire impérial⁴. Au début du XX^e siècle, les diplômes de médecine émanant d'une des facultés fonctionnant dans l'Empire ottoman sanctionnent l'apprentissage de la médecine occidentale ; or celui-ci s'accompagne d'une socialisation très autoritaire.

Le résultat de cette dernière se donne à voir sur la photographie de promotion de 1907 : derrière les autorités sanctionnant la validité du diplôme, se tiennent au deuxième rang les professeurs de la FFM, puis les nouveaux docteurs derrière eux, tous en costume à l'occidentale, presque tous portant le tarbouche hormis quelques têtes nues, deux chapeaux melons et un panama. Rajoutant à la solennité des circonstances et rappelant que la FFM est munie de privilèges en raison de son caractère français et de sa reconnaissance officielle par l'Etat impérial, le *cawass* (gardien de l'institution, chargé notamment d'assurer l'ordre des cérémonies) de la faculté se tient debout à droite, coupé par le milieu par le cadre du cliché. L'agencement des uns et des autres combine l'ordre protocolaire à la hiérarchie interne de l'école de médecine. Quant au costume, il traduit un compromis culturel entre un marqueur identitaire et moderniste, le tarbouche, et le modèle occidental inculqué sans relâche par la faculté, à travers un enseignement en français et une discipline rigoureuse de nature à modeler les comportements.

³ Les costumes universitaires français sont codifiés par le décret du 24 décembre 1852.

⁴ « Règlement sur l'exercice de la médecine civile » du 7 Rabī' al-Awwal 1278 AH / 11/10/1861 AD, in George Young, *Corps de droit ottoman. Recueil des codes, lois, règlements, ordonnances et actes les plus importants du droit intérieur, et d'études sur le droit coutumier de l'Empire ottoman*, 5 Vol., Oxford, The Clarendon Press, 1905, vol. III, pp. 196-198.



Illustration n° 1 : le jury franco-ottoman et les nouveaux diplômés de la Faculté de médecine, novembre 1907.

Source : Jean Ducruet, s.j., *Un siècle de coopération franco-libanaise au service des professions de la santé*, Beyrouth, Imprimerie Catholique, 1992, p. 66.

Cette discipline très stricte est commune à toutes les facultés de médecine de l'Empire ottoman, à savoir l'EIM, la faculté de médecine civile d'Istanbul, le Département médical ouvert à Beyrouth en 1867 par des missionnaires presbytériens américains à l'intérieur du Syrian Protestant College (SPC), la FFM et l'École Ottomane de Médecine fondée en 1903 à Damas par l'État impérial. La rigueur disciplinaire constitue un trait constant de l'enseignement dans l'Empire⁵, mais pour les facultés étrangères installées à Beyrouth, il s'agit spécifiquement d'opérer un conditionnement à la fois culturel et professionnel des étudiants. Ainsi que le note le consul général de France à Beyrouth en 1909,

« La méthode d'enseignement pratiquée à la Faculté de Médecine de Beyrouth, fait observer M. Testut, est non pas celle de l'enseignement supérieur mais celle de l'enseignement secondaire. En effet, surveillés

⁵ Corinne Lee Blake, *Training Arab-Ottoman Bureaucrats : Syrian Graduates of the Mülkiye Mektebi, 1890-1920*, Thèse de Doctorat, Princeton University, janvier 1991, pp. 56-57, pp. 80-81 et p. 92.

de très près, et sans cesse en contact direct avec leurs Professeurs, astreints d'une façon très stricte à suivre les cours, tenus en haleine par de nombreuses interrogations, les étudiants semblent traités non pas comme dans une Faculté de médecine, mais bien comme dans une sorte de collège médical. Et cette manière de procéder explique les succès des examens auxquels les étudiants ne se présentent que parfaitement préparés, après avoir subi, sous la direction attentive de leurs maîtres, un « entraînement » spécial : aussi à défaut d'idées générales ou originales possèdent-ils consciencieusement les matières qui font l'objet des examens. Leur demander davantage serait d'ailleurs se montrer trop exigeant car le but de la Faculté est bien moins de former une élite de savants que de produire un certain nombre d'honnêtes praticiens aptes à se former rapidement une clientèle. C'est là d'ailleurs le vœu principal de tout établissement syrien⁶. »

De fait, les différentes formations médicales disponibles dans l'Empire concourent à faire des médecins des piliers de l'ordre social, malgré et contre la capacité de mobilisation revendicative ou de pur et simple chahut que ne laissent pas de manifester certains étudiants. Toutefois, la sévérité disciplinaire possède, dans les études médicales, une finalité spécifique, inhérente à l'organisation de l'enseignement.

Parmi les formations d'enseignement supérieur disponibles à l'époque dans l'Empire ottoman, l'enseignement médical a ceci de particulier qu'il est professionnel et que cette dernière dimension suppose une confiance des patients à l'égard de l'institution hospitalo-universitaire. Il y a loin de la coupe aux lèvres, car en pratique l'enseignement clinique est une source de difficultés constantes, tant les salles de malades des hôpitaux universitaires peinent à se remplir. Les raisons de la répugnance des patients à l'hospitalisation sont multiples, et nullement caractéristiques du Proche-Orient. Si toutefois elles étaient comparables en Occident au début du XIX^e siècle, le recours à l'hôpital s'y est progressivement banalisé, et au début du XX^e siècle, l'enseignement clinique est la base de la formation médicale. On n'en est pas là dans les écoles de médecine de l'Empire ottoman, où il importe que le comportement des étudiants au cours des cliniques soit exemplaire.

Le souci de discipliner les étudiants dans les cliniques est constant, et il constitue une condition de la bonne entente entre l'école de médecine et son hôpital de référence. Pour les patients, en effet, la présence des étudiants dans les salles de malades est indésirable, ce qui rend nécessaire un encadrement très strict. Le SPC travaille ainsi avec l'hôpital de l'Ordre luthérien de St Jean, sous condition que les étudiants ne pénètrent dans les salles de malades que sous la supervision du professeur clinicien et que les patients qui paient pour

⁶ MAE Nantes, Consulat de Beyrouth, Série A, 303, du Consul Général de France à Beyrouth à Pichon, de Beyrouth, 14/06/1909.

leur hospitalisation ne soient pas soumis aux cliniques⁷. Les craintes relatives à l'attitude des étudiants au contact des patients ne sont pas de vaines paroles : en 1869, le SPC renvoie Mansur Bahut pour tricherie aux examens de botanique, calomnie à l'endroit de certains de ses condisciples, et surtout pour avoir cherché à monnayer ses services aux patients dans le cadre de l'enseignement clinique⁸. La tolérance à l'égard de la vénalité médicale nuirait à terme à l'apprenti médecin, et risquerait discréditer l'école de médecine vis-à-vis des patients, déjà peu nombreux, qui fréquentent son hôpital.

Ainsi, c'est par intérêt bien compris que les écoles de médecine poussent leurs étudiants à soigner leur réputation professionnelle dès le courant de leur formation. Les valeurs de l'institution de formation sont, de ce point de vue, instrumentales. C'est ce qui se donne à lire derrière l'avertissement donné en mai 1898 par le conseil du SPC à un de ses étudiants en médecine, Salim Salim : « conduite indigne d'un gentleman, cruauté contre un patient, et attitude anarchique dans une clinique⁹. » Le style laconique des minutes dudit conseil nous interdit de reconstituer l'affaire, mais l'accusation de cruauté porte préjudice à l'ensemble de la formation médicale en nourrissant la mauvaise réputation des soins hospitaliers aux yeux des patients. Les valeurs – occidentales, faut-il le préciser – de gentleman aux étudiants, et le sens de l'ordre (**Inculquer les valeurs... a**) ont pour fonction de préparer ces derniers au type d'interactions délicates qui devraient jalonner leur carrière. Pour les futurs médecins, c'est également l'occasion de constater combien les modalités de pratique de la médecine occidentale sont peu entrées dans les mœurs des patients, et combien il leur faut par conséquent de précautions pour ne pas rebuter les patients.

À ce conditionnement disciplinaire, s'en ajoute un second, qui vise à revenir sur un ensemble de croyances sociologiques assimilées en amont de la formation en école de médecine : pour nombre d'étudiants, la médecine est une carrière d'intellectuel plutôt qu'un métier technique. De ce point de vue, la réticence des étudiants de la FFM à manipuler des cadavres dans les classes d'anatomie et de chirurgie opératoire, régulièrement observée par les délégués français auprès du jury d'examen, est caractéristique. Ce n'est pas qu'une question de répulsion émotionnelle : les étudiants manifestent peu d'enthousiasme à manipuler la matière organique en général. C'est à tel point qu'un professeur venu de France exprime à l'occasion le souhait de voir la FFM réintitulée « école professionnelle de médecine », afin de déprendre les étudiants de l'illusion selon laquelle les études de médecine seraient essentiellement des études livresques¹⁰. Il en va de même

⁷ American University of Beirut / University Library, Faculty Minutes, vol. 1 : 1867-1887, 14/06/1871.

⁸ American University of Beirut / University Library, Faculty Minutes, vol. 1 : 1867-1887, 21/07/1869.

⁹ American University of Beirut / University Library, Faculty Minutes, vol. 2 : 1887-1901, 03/05/1898.

¹⁰ MAE Nantes, Consulat de Beyrouth, Série A, 337, n°58, de Petiteville à Flourens, de Be -

de l'enseignement, également obligatoire, de l'obstétrique. Dans ces différents cas, l'acclimatation des programmes académiques occidentaux se heurte à toute une socialisation antérieure à l'entrée en médecine, qui prescrit une attitude de respect intangible vis-à-vis des cadavres, et des relations rigoureusement limitées entre les deux sexes. Une telle démarche d'enseignement, à rebours des normes sociales les plus communes, n'est certes pas de nature à donner bonne réputation aux étudiants en médecine. En revanche, elle contribue à instaurer un des mécanismes sur lesquels les médecins fondent leurs prétention à l'autorité professionnelle : l'idée qu'ils possèdent, par formation, un ordre de savoir à part au sein du monde social.

Cette notion participe du raisonnement médical, la démarche méthodique d'interrogation des symptômes qui doit conduire le médecin compétent à formuler un diagnostic et un pronostic fiables. L'acquisition de cette compétence par les étudiants de la FFM est un des objectifs premiers de leur instruction professionnelle, ce qui explique le souci, exprimé dans une citation plus haut, de leur faire acquérir « consciencieusement » les matières qui leur permettent d'être « d'honnêtes praticiens aptes à se former rapidement une clientèle » ; et c'est ce qui explique l'importance toute particulière accordée à l'enseignement clinique de la pathologie interne dans cette faculté¹¹. Sur l'idée de raisonnement médical, se fonde la notion que seul un médecin est capable d'évaluer les avis et les actes de ses confrères, et que l'opinion des profanes en la matière est illégitime. En pratique, l'entretien entre le médecin et le patient n'est jamais transparent, il s'y glisse souvent des effets de construction sociale de l'autorité du diagnostic au gré de la hiérarchie médicale, ainsi que des malentendus sur la dénomination, la nature ou l'intensité des perceptions évoquées par les patients¹². Le fonctionnement exclusif et élitiste du raisonnement médical, qui suppose une connaissance solide de la pathologie et de la symptomatologie, a deux conséquences sur l'apprentissage et la carrière des médecins diplômés.

La première est le souci affirmé de l'exhaustivité dans l'apprentissage et dans les épreuves d'examen. Ceci offre prise aux conflits internes aux jurys d'examen : la chose est particulièrement vraie des facultés étrangères de Beyrouth, qui n'ont été reconnues par l'Etat ottoman qu'au tournant du siècle, après des années de dispute sur la validité des diplômes de médecine qu'elles délivraient. La reconnaissance de la FFM puis du SPC n'efface pas tout ressentiment, et il arrive que les membres du jury représentant l'EIM pratiquent la surenchère sur

routh, 07/11/1887.

¹¹ MAE Nantes, Consulat de Beyrouth, Série A, 184, « Rapport adressé à Monsieur le Ministre de l'Instruction Publique [Chaumié] par le Docteur L. Hugounenq, Professeur à la Faculté de Médecine de l'Université de Lyon, Président du jury chargé de faire subir leurs examens aux élèves de la Faculté libre de médecine et de pharmacie de Beyrouth (Syrie) (Session de février 1903) », s.d. [1903].

¹² Aaron Cicourel, *Le Raisonnement médical. Une approche socio-cognitive*, Paris, Le Seuil, 2002.

les connaissances. C'est le cas du Dr Salim Salim évoqué plus haut, diplômé du SPC en 1898, soit 5 ans avant que l'État ottoman ne reconnaisse les diplômes de cette institution. Lorsqu'il se présente devant le jury mixte d'examen en 1904, les représentants ottomans font délibérément obstruction, tout d'abord en refusant de l'écouter présenter ses examens dans une autre langue que celles reconnues par l'EIM, le turc et le français. Il est finalement autorisé à passer les examens oraux en anglais, mais l'épreuve « épuisante », présentée deux heures durant devant l'ensemble des membres du jury, américains et ottomans, se solde par un prévisible échec¹³. Le jury ottoman en tire argument pour exiger que le diplôme du médecin délivré cinq ans plus tôt par le SPC soit saisi, au désarroi évident des professeurs de cette faculté. La longueur inhabituelle de l'examen oral plaide en faveur de l'hypothèse de la malveillance du jury ottoman, qui passe au crible les connaissances du candidat pour le piéger.

La deuxième conséquence du fonctionnement du raisonnement médical est que les médecins sont encouragés, depuis leur formation médicale et au cours de leur vie professionnelle, à adopter une attitude distanciée vis-à-vis de leurs patients. Une telle disposition concourt à conférer un statut élitaire aux médecins diplômés, mais cet élitisme peut également, en termes de réputation, se retourner contre eux et, par extension, contre la médecine occidentale dans son ensemble.

Manifester sa différence : mise en scène et réception de la pratique médicale

Ces différents niveaux de socialisation se retrouvent dans la mise en scène que les médecins diplômés ottomans donnent d'eux-mêmes, une fois entrés dans la carrière. De ce point de vue, la pose légèrement dilettante adoptée en 1907 par le Dr Dawud Katibah dans une salle de malades de l'hôpital missionnaire protestant de Salt est caractéristique (Illustration n° 2). Assurément, l'image est très pensée, à des fins démonstratives : les six personnes figurant sur le cliché sont disposées selon une composition équilibrée et rythmée ; l'endroit est présenté par la publication missionnaire qui publie la photographie comme réservé aux patients de sexe masculin, mais les malades alignés dans les trois lits visibles sont tous des enfants ; enfin, si le personnel soignant se tient debout en retrait, les trois jeunes garçons alités présentent une variété de poses, évitant à l'image de présenter un je-ne-sais-quoi de hiératique ou de contrefait. Mise en scène il y a donc, mais suffisamment habile pour enrober de naturel ses artifices. Dans cet ensemble, le médecin se signale par deux traits principaux. Le premier est que, du bouc au gilet en passant par le col cassé, sa mise est très soignée, à l'occidentale, hormis le sempiternel tarbouche. Le second tient à ce

¹³ American University of Beirut / Library Archives, Faculty Minutes, vol. 3, 28/06/1904.

que, légèrement incliné contre la porte-fenêtre, accoudé, la main gauche dans le vague (plonge-t-elle dans le gousset ? Est-elle, en posture de réconfort, sur le cou du garçon devant Katibah?), le docteur n'est pas engagé dans son travail. Une photographie ne constitue pas une régularité ; mais de fait, sur la grande majorité des clichés qui nous sont passés entre les mains, les médecins ottomans se tiennent à distance et de leurs patients, et de l'exercice de leur profession.

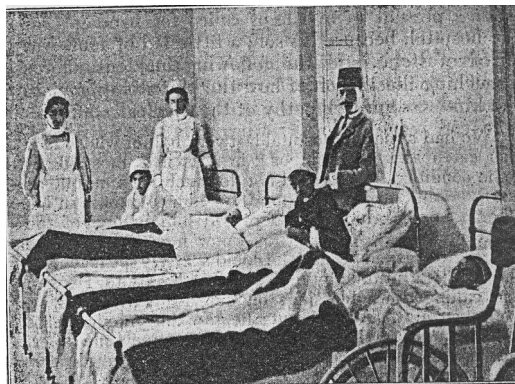


Illustration n° 2 : La salle de malades de sexe masculin à Salt (vers 1907).

Source: « Palestine Mission », in *Mercy and Truth*, n° 130, octobre 1907 (306-309), p 308.

Cette notion nous semble refléter la profondeur de socialisation de ces praticiens, telle qu'évoquée plus haut. En cela, l'image photographique des médecins ottomans diffère de celles de leurs confrères européens, qui constituent une proportion significative de la population médicale au Proche-Orient à l'époque. Il n'est que de voir la différence d'allure entre le Révérend Dr Sterling, qui dirige la mission médicale anglicane de Gaza, et son adjoint levantin, le Dr Aranki, aux côtés des patients de leur dispensaire (Illustration n° 3). Le cliché, conservé dans les archives de la Church Missionary Society (société missionnaire de l'Église d'Angleterre), semble être reproduit d'une carte postale, et partant, convoquer les donateurs non plus par la pitié envers les enfants, mais par le pittoresque du groupe de patients aux origines variées. L'encadrement médical (en la personne des deux praticiens) et spirituel (représenté par le catéchiste, chargé de donner une lecture de l'Évangile et une prière aux patients avant chaque matinée de consultation) est de fait marginal par rapport aux finalités de la photographie ; il n'en est pas moins révélateur.

Parmi les photographies des médecins ottomans, nous n'avons rien trouvé qui ressemble à celle du service de chirurgie de l'Ambulance de campagne n° 2 du Détachement Français de Palestine-Syrie, adjoint au corps expéditionnaire du



Illustration n° 3 : le personnel de la mission médicale de la CMS à Gaza (1891).

Source : CMS G 3 P/O 1908/45, *Jottings and Snapshots. From Gaza, southern Palestine*, n°1, 02/1908, p 6.

général Allenby lors de la campagne de 1917-1918 (Illustration n° 4). La pose de ces médecins militaires en grande tenue de bouchers montre *a contrario* ce qui fait à peu près systématiquement défaut dans les photographies des médecins ottomans : la survivance de l'esprit anti-autoritaire et scabreux des « carabins ». Il est vrai que ce cliché d'archives, sans finalité de publication, inséré dans un rapport militaire envoyé au moment de la percée des troupes alliées au mois de septembre 1918, n'a pas le caractère instrumental des illustrations précédentes ; il en ressort une plus grande liberté de pose et de mise. Il n'empêche : les médecins occidentaux projettent plus aisément une image de détachement vis-à-vis de tout souci du statut que leurs confrères ottomans. Vu la discipline rigoureuse des facultés proche-orientales et le type d'objectif de formation énoncé plus haut, ces derniers portent sur eux l'esprit de sérieux.

Le Dr Aranki et le Dr Katibah sont tous deux passés sur les bancs du SPC et en ont gardé les codes vestimentaires jusque dans l'image de la consultation des patients. À l'inverse, le médecin britannique installé à Gaza se présente dans une tenue de circonstance, en djellaba claire ou blouse blanche à manches courtes et à col échancré, mais aussi en chemise à col de *clergyman* : il n'est pas question pour lui de nettoyer des plaies ou d'affronter la moiteur de Gaza en costume, ni de sembler dissimuler sa vocation religieuse. À un premier niveau de lecture, la différence de choix d'apparences entre médecins occidentaux et ottomans reflète des constructions différenciées de l'image de soi, au gré de modes de socialisation professionnelle très différents au cours des études.

À un second niveau de lecture, l'usage quasi-systématique du costume à l'occidentale par les médecins ottomans est affaire d'imitation. Il signale à leurs concitoyens leur éducation et leurs aspirations élitaires ; mais il leur dissimule du même coup l'hétérogénéité des conditions respectives des uns et des autres au sein des institutions médicales, en fonction des distinctions très tranchées qui



Illustration n° 4 : Une des équipes chirurgicale du Détachement Français de Palestine-Syrie (octobre 1918).

Source : Archives du Val-de-Grâce, n°778, Rapport du Dr Frantz-Louis Baur sur le service de chirurgie du DFPS, s.d. [16/10/1918].

se font, au sein du personnel soignant, en fonction de l'origine nationale. Dans les missions médicales de la CMS, la hiérarchie touche à la fois à l'autorité, au salaire, au type de résidence convenant aux uns et aux autres, au caractère plus ou moins reculé de l'affectation : toutes différences, au détriment des médecins ottomans, qui sont justifiées institutionnellement par l'ancrage local et, par suite, les moindres difficultés d'adaptation prêtées aux médecins fils de la région¹⁴. Implicitement, cette distinction est aussi fondée sur une question de confiance professionnelle de la part de la société-mère. Ce type de considération n'échappe pas aux patients, mais pour ces derniers, la considération primordiale tient aux modalités des relations avec le médecin, non à ses origines¹⁵. De ce point de vue, et à l'exception de la dimension linguistique des consultations et des soins, l'origine nationale n'est pas un critère discriminant entre des praticiens diplômés qui pratiquent le même genre de médecine.

Comme les médecins ottomans, les médecins occidentaux installés au Proche-Orient font l'apprentissage des codes locaux de la vie sociale, mais avec un degré de prudence supplémentaire : l'organisation de leur pratique est dominée par le souci de la prévention du scandale, et par là, de garder leurs distances, au propre comme au figuré. L'organisation du cabinet de consultation

¹⁴ Archives de la CMS (Université de Birmingham) : CMS G 3 P/O 1882/83, de Hall au comité de supervision de la mission de Palestine de la CMS, de Jaffa, 14/08/1882.

¹⁵ MAE Nantes, Consulat de Jérusalem, Série A, 108, rapport du Dr Emile Arab à Gueyraud, de Bethléem, 25/05/1909.

du dispensaire du Dr Wright, à Naplouse (Illustration n° 5) est caractéristique de ce souci, auquel ce médecin est constamment confronté en tant que directeur de la mission médicale de la CMS à Naplouse. Le système de contraintes spatiales et temporelles pour prévenir le scandale autour de celle-ci vise essentiellement à créer une séparation rigoureuse entre sexes et un dispositif de contrôle des patients pour prévenir toute rumeur d'activité sexuelle. Naplouse est une ville dont la population est très sourcilieuse sur la place des femmes dans l'espace public et sur les mœurs, plus sans doute que la plupart des autres localités palestiniennes, et les missionnaires de la CMS, déjà impopulaires auprès de la large majorité musulmane, sont très soucieux d'être irréprochables sur ce point. Les mesures adoptées dans ce sens incluent la localisation des salles de malades pour femmes à l'étage supérieur de l'hôpital et le logement dans ses murs des infirmières européennes et du médecin-chef pour prévenir tous débordements nocturnes, ou, pour le dispensaire, l'assignation de trois matinées hebdomadaires de consultations pour les hommes et de trois autres pour les femmes. Le cliché nous présente une de ces consultations pour femmes ; et par précaution, le Dr Wright n'est pas le seul homme dans la pièce : il est accompagné du gardien du dispensaire, qui tient également lieu de traducteur car le médecin, qui reste vingt ans durant à Naplouse, se révèle incapable d'acquérir jamais plus qu'un arabe hésitant¹⁶. Il n'est pas non plus en tête-à-tête avec une patiente, mais entouré, à bonne distance, de 8 femmes, dont certaines avec leurs jeunes enfants. Malgré la tendance des missionnaires à gonfler la fréquentation des dispensaires dans leurs rapports, il faut compter qu'il peut bien y avoir encore une quarantaine de personnes dans la salle d'attente depuis l'ouverture de la consultation. La publicité de la consultation est une sécurité pour la pérennité du dispensaire.

Au vu de l'histoire personnelle de Wright, on ne peut s'empêcher de penser que ce dernier, qui n'a pas un regard pour ses patientes, reste aussi à distance d'une population autochtone avec laquelle il a peu d'affinités. Les regards des femmes qui attendent autour de lui, peu expressifs, ne sont pas significatifs, mais le fait est que le médecin de la mission de Naplouse n'est en rien semblable avec le populaire Dr Torrance, son confrère de la mission médicale protestante de Tibériade (Illustration n° 6). On voit ici ce dernier déguisé en arabe blond au regard bleu et franc, à la Lawrence d'Arabie ; mais cet exotisme est exceptionnel chez les médecins, et dans son quotidien ce médecin s'habille toujours à l'occidentale. Alors que Torrance, qui passe au total une trentaine d'années dans le pays, avant et après la Première guerre mondiale, devient une personnalité de sa ville d'élection, Wright reste toujours en retrait et se fait même d'un seul coup une détestable réputation d'arrogance. Quatre ans après le cliché pris dans son cabinet de consultation, un de ses rapports annuels, dans lequel il affirme sans excès de précaution que « tous les orientaux sont

¹⁶ CMS G 3 P/O 1904/30, de Hall à Baylis, de Jaffa, 27/02/1904.

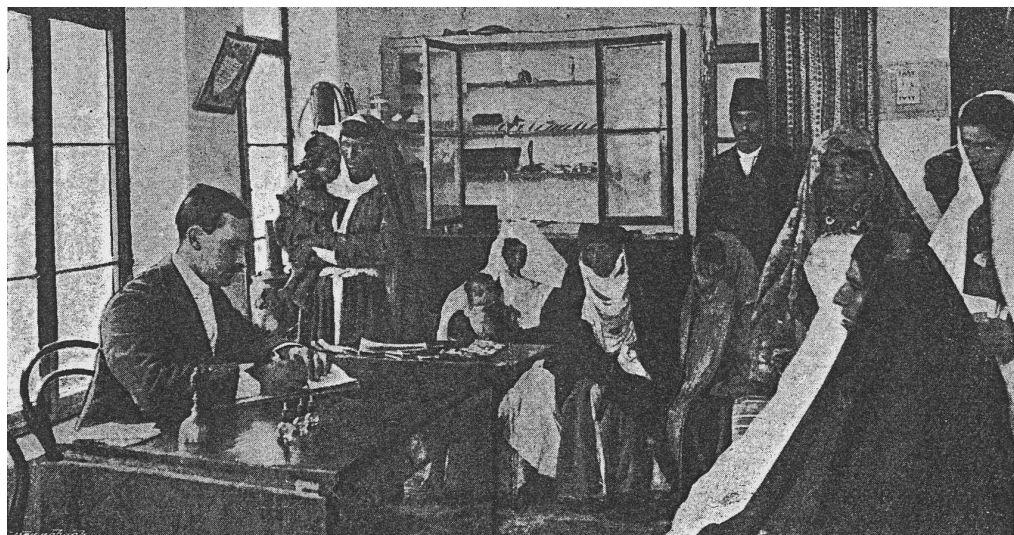


Illustration n° 5 : le Dr G.M. Wright en consultation à la mission médicale CMS de Naplouse (1897).

Source: « Work in a Ward at Nablus Hospital », in *Mercy and Truth*, vol. 1, n° 7, 07/1897 (156-157), en face de la p. 156.

des menteurs », paraît en Grande-Bretagne puis est rapporté en Palestine par des membres autochtones des congrégations protestantes locales. Dans le tollé qui s'ensuit, Wright perd toute réputation à Naplouse, non sur le plan médical sans doute, mais sur celui de la politique et des représentations culturelles, qui n'importent pas moins aux patients. À une opinion locale déjà excédée par les méthodes sans compromis des hommes de la CMS, Wright fournit un repoussoir idéal. Cette histoire n'empêche pas l'hôpital de tourner, faute de concurrence sur place, mais illustre l'articulation étroite entre réputation et différence culturelle, dont les missionnaires avaient l'intuition en codifiant soigneusement les relations avec les patients.

De fait, les quelques exemples de réception de la pratique médicale par les patients et leur environnement social montrent que la réputation des médecins ne tient pas qu'à leurs actions individuelles, mais aussi à leur insertion dans un niveau large de généralité, comme l'ensemble de la médecine occidentale en tant que système thérapeutique. La concurrence que représentent les différents métiers de la médecine arabe traditionnelle. Ainsi, les sages-femmes, que les médecins occidentaux critiquent sans ménagement¹⁷, le leur rendent bien. Au tournant du siècle, d'après un médecin ottoman installé à Homs, leur influence

¹⁷ Voir par exemple « *Al-wilādah wa'l-qābilāt (al-dāyāt)* » [La naissance et les sages-femmes (les *dāyah-s*)], in *Al-T+abīb*, n° 49, 01/1882, p. 32.

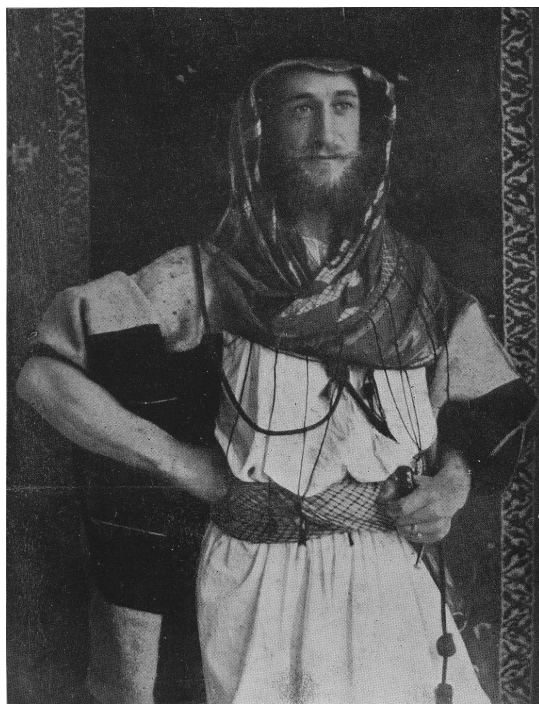


Illustration n° 6 : le Dr Torrance en tenue d'Arabe (date inconnue, années 1880 ou 1890 ?).

Source: Livingstone, *A Galilee Doctor*, pp. 49-50. [Référence à compléter](#)

a assigné à la médecine occidentale l'image d'une pratique essentiellement chirurgicale et brutale. On raconte parfois aux enfants peu sages, dit-il, que « le médecin va venir [leur] couper la langue », ou que leur mère partie en voyage est allée chez le médecin pour qu'il lui arrache toutes ses dents¹⁸. Ces anecdotes dénotent l'importance accordée, dans la médecine occidentale, à la chirurgie devenue performante au fil du siècle, grâce à la mise en place de techniques d'opération limitant le choc opératoire, puis de l'anesthésie, de l'antisepsie et finalement de l'asepsie. Se révèle ainsi l'importance qu'a prise l'hôpital comme vecteur de cette pratique médicale. Dans cette mesure, les médecins peuvent bien tenter de prévenir la mauvaise réputation qu'entraînerait un exercice de la médecine indifférent aux codes culturels autochtones ou tout simplement maladroit ; mais en appliquant la médecine qu'ils ont appris, ils se conforment aussi à des représentations communes. Dans un tel contexte, il est vain de

¹⁸ Kāmil al-Ḥūrī, « *Al-qawābil al-jāhilāt fi Sūryā* » [Les sages-femmes ignorantes en Syrie], in *Al-T+abīb*, 18^e année, 01/08/1907 (307-309), p. 308.

chercher à isoler la compétence personnelle proprement individuelle dans la réputation d'un médecin, car il représente aussi une idée générale de la pratique thérapeutique.

L'infortune du Dr Drouillard, excellent médecin à la réputation catastrophique, s'explique alors mieux si l'on rapporte sa carrière au poids de la socialisation académique des médecins et aux attentes culturelles des patients. Son échec tient essentiellement à la coïncidence d'une éthique rigoureuse, de peu de compétences sociales et d'une thérapeutique minimale. Ce médecin s'aliène tout d'abord confrères et patients : les premiers, en ne les invitant pas à l'assister dans les quelques cas opératoires intéressants qu'il rencontre, et les seconds en manifestant ouvertement sa détestation de Jérusalem, ville beaucoup trop pieuse à son goût. Son athéisme déclaré lui vaut une renommée confinant à l'immoralisme, mais le pire est sans doute ses liens très distendus avec ses confrères, car c'est de ces derniers que dépendent et les renvois vers son service hospitalier, et le début d'une réputation. Drouillard reste ainsi dans le quasi-anonymat au sein de sa profession. Non moins dévastateur est son refus de recourir à la médication, à moins que celle-ci ne soit vraiment nécessaire. Une telle méthode va complètement à l'encontre de la perception culturelle autochtone des aspects positifs de la médecine occidentale : celle-ci est justement très étroitement liée à la prescription de médicaments, si possible très actif, et les plus courus des confrères de Drouillard à Jérusalem sont ceux qui n'hésitent pas à prescrire ce qu'il faut bien appeler des « remèdes de cheval ». Le médecin de l'hôpital français, qui souvent se contente de mettre ses patients à la diète et à l'eau, s'est ainsi rapidement fait la réputation de ne pas vraiment faire son travail de médecin¹⁹. Face à cette situation, qui n'est pas imputable à son seul tempérament, le Dr Drouillard se replie dans une distance hautaine vis-à-vis de ses patients et de Jérusalem : devant l'échec professionnel, il se retourne contre l'ignorance des profanes.

Le souci de la réputation professionnelle, tel qu'il transparait dans le cas de ces quelques images et anecdotes vieilles d'un siècle, est régi par des mécanismes pour partie familiers, pour partie complètement étrangers à la médecine actuelle, qu'elle se pratique au Proche-Orient ou ailleurs. D'un côté, la formation médicale s'est transformée à mesure que le recours à la médecine occidentale et à ses institutions devenait plus courant : le nombre de malades disponibles pour la clinique est généralement suffisant dans tous les hôpitaux universitaires pour la base de l'enseignement, sinon pour les spécialités. L'idée, du reste, que la médecine constituerait une formation livresque s'est estompée devant la spécialisation des professions produites par l'enseignement supérieur et notamment par la multiplication des intellectuels de la chaire. Les facultés de

¹⁹ MAE Quai d'Orsay, Correspondance Politique et Consulaire, Nouvelle Série Turquie, 430, de Gueyraud à Pichon, de Jérusalem, 16/04/1913.

médecine actuelles n'ont du reste plus une vocation aussi franche à l'ingénierie sociale par le conditionnement de leurs étudiants. Il faut ajouter à cela qu'en Palestine ou en Syrie, nombre de médecins aujourd'hui en activité ont été formés dans les anciens pays de l'Est, et n'ont pas du tout une socialisation professionnelle élitiste. C'est d'ailleurs notamment en fonction du pays de formation médicale que les patients infèrent quelque chose de la qualité du médecin. Dans le même temps, les logiques de distance vis-à-vis des patients, et par là, de renforcement de la différence entre hommes de l'art et profanes, sont d'une force évidente dans les pays du monde arabe contemporain : l'expression indiscutable de l'autorité professionnelle fait partie de la personnalité sociale des médecins. Dans le même temps, le problème de la réputation s'est déplacé : au début du XX^e siècle, la population des praticiens était clairsemée, si bien que les médecins étaient rapidement identifiés dans le paysage médical local, et ils étaient rapidement considérés comme les véhicules de la médecine occidentale. Celle-ci a aujourd'hui pignon sur rue, traque les praticiens de médecines traditionnelles ou alternatives avec une rigueur que l'on ne connaît plus en Occident, et produit chaque année des promotions plus nombreuses de diplômés. Dès lors, la question pour eux n'est plus de protéger sa réputation sous les yeux du public, mais d'assurer celle-ci dans un environnement où l'information qui compte, celle qui évalue la compétence professionnelle de tel ou tel, n'est pas d'un accès aisé. Faire sa réputation, c'est alors faire parler de soi par ses patients, et plus encore par ses confrères.